

Fragebogen zur Intensität der Hausarztbindung (F-HaBi)

Als nächstes würden wir von Ihnen gerne einige Informationen zu Ihrer hausärztlichen Versorgung haben.

| |
|--|
| F-HaBi1 Haben Sie einen Hausarzt/eine Hausärztin? |
| <input type="checkbox"/> ja |
| <input type="checkbox"/> nein |

| |
|---|
| F-HaBi2 Wenn ja, wie häufig suchen Sie Ihren Hausarzt/Ihre Hausärztin pro Jahr auf? <i>Kommentar: gemeint sind alle Besuche mit direkten Arztkontakt (nicht nur Rezept abholen) sowie Hausbesuche</i> |
| mal |

| Inwieweit trifft jede der folgenden Aussagen auf Sie zu? | trifft ganz zu | trifft weitgehend zu | weiß nicht | trifft weitgehend nicht zu | trifft überhaupt nicht zu |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|---------------------------|
| F-HaBi3 Wenn ich ein Gesundheitsproblem habe, suche ich zuerst meinen Hausarzt/meine Hausärztin auf. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F-HaBi4 Wenn ich denke, dass ich zu einem Facharzt/Spezialisten muss, bespreche ich das vorab mit meinem Hausarzt/meiner Hausärztin. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F-HaBi5 Ich hole mir von meinem Hausarzt/meiner Hausärztin eine Überweisung, um zum Facharzt/Spezialisten zu gehen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F-HaBi6 Ich bespreche mit meinem Hausarzt/meiner Hausärztin die Ergebnisse von Terminen bei anderen Fachärzten/Spezialisten. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F-HaBi7 Ich vertraue meinem Hausarzt/meiner Hausärztin mehr als anderen Ärzten. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F-HaBi8 Mein Hausarzt/meine Hausärztin gibt mir sehr gute Informationen über meine Behandlung. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |